



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011**

Página 1 de 7

PERIODO EVALUADO DE MAYO A AGOSTO DE 2015

El Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado de Chaparral Tolima, mediante el presente informe evaluativo da a conocer los avances y dificultades de la gestión de la Institución, con fundamento en las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011, bajo la orientación de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –“MECI-2014”. Decreto 943 de 2014.

Los resultados descritos corresponden al resultado del avance en la implementación durante los meses de Mayo a Agosto de 2015, así:

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS: Parámetros de comportamiento que orientan la actuación de los servidores, generando transparencia en la toma de decisiones y propiciando un clima de confianza para el logro de los objetivos de la entidad y los fines del estado.

El Hospital San Juan Bautista en continuidad con los procesos de inducción y re inducción a los servidores de la entidad ha realizado sensibilización para que los mismos identifiquen la aplicación de conductas éticas deseables, que permitan al Hospital potenciar cambios significativos en concordancia con su direccionamiento estratégico.

El área de Talento Humano encargada de realizar el direccionamiento del Plan Institucional de Capacitación “PIC” en concordancia con los líderes de cada proceso, establecido los planes de capacitación que serán desarrollados con los servidores públicos, permitiendo a la vez que el personal que labora en la institución obtenga conocimiento y se beneficie de las actividades que se desarrollan en cumplimiento a las metas trazadas. La Oficina de Control Interno, ha participado en dichos procesos de inducción y re inducción, capacitando sobre el marco constitucional y legal del control, así mismo ha venido presentando la nueva estructura del MECI establecido en el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”.

El Hospital realizó el seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano evidenciando cumplimiento de los compromisos pactadas en aras de reducir o mitigar los riesgos, la clasificación de los tramites, rendición de cuentas y el proceso de atención al ciudadano.

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO: Elemento de control que busca medir el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los servidores públicos a través de las políticas y prácticas de gestión humana incorporando principios de justicia, equidad y transparencia al momento de la selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del estado.

Se estableció el plan institucional de formación y capacitación “PIC” que busca satisfacer las necesidades cualitativas y cuantitativas de formación y capacitación del recurso humano del hospital san juan bautista, necesidades que fueron plasmadas en un cronograma de actividades a desarrollar durante el año 2015, los cuales se ha venido desarrollando.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS: Proceso dinámico y sistemático, que le permite a la



Institución proyectar a largo, mediano y corto plazo, los planes, programas y proyectos necesarios para el cumplimiento y ejecución de la misión, visión y objetivos institucionales.

El Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima, se encuentra en adecuación del proyecto de la planta de gases medicinales, y el estudio de diseño para la construcción de una infraestructura nueva para el hospital que cumpla con los estándares de habilitación.

Desarrolla los siguientes programas en cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad “SOGC” como:

- ESTANDAR DE HABILITACION, en cumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas para la prestación de servicios de salud, en talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia.
- PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD “PAMEC”
- SISTEMA DE INFORMACION
- SUFICIENCIA DE RED-CAPACIDAD INSTALADA

Estableció guías, protocolos, manuales, procesos y procedimientos

Planeo la ejecución de programas específicos de protección específica y detección temprana, en cuanto a:

- Atención al parto, recién nacido, crecimiento y desarrollo, atención al joven, adulto, salud visual, vacunación pai, salud oral, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, control del embarazo, detección temprana de cáncer, de maltrato al menor y la mujer, atención de enfermedades de interés en salud pública, vigilancia epidemiológica, referencia y contra referencia y eventos centinela.
- Programa de seguridad del paciente

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS: El Hospital San Juan Bautista en cumplimiento al Decreto 1537 del 2001 y 1599 de 2005, ha elaborado, adoptado e implementado manuales que documentan y formalizan los procesos y procedimientos. Así mismo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP1000:2009 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que “un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso”.

El Hospital San Juan Bautista Actualizo el manual de procesos y procedimientos, en cumplimiento a lo anterior la Institución estructuro sus procesos en : Estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación, a través de un mapa de procesos donde convergen sus interacciones generando una cadena de valor que busca satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios. El manual de procesos y procedimientos contiene las guías, protocolos y manuales de manejo de las principales causas de morbilidad institucional, y lineamientos necesarios para el desarrollo de su direccionamiento estratégico, misional de apoyo y evaluación.

La institución se encuentra actualizando el manual de procesos y procedimientos, de acuerdo a los procesos de buenas prácticas de manufacturas “BPM” requeridos por el invima para la puesta en marcha de la planta de oxígeno.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL: Con el fin de estructurar de manera integral y articuladamente



los cargos, sus relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad, el Hospital San Juan Bautista E.S.E. continua con la misma representación gráfica que muestra la jerarquía e interrelación de las distintas áreas que la componen.

INDICADORES DE GESTION: Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de una entidad, comparados con los rangos máximos y mínimos de gestión establecidos para mantener al indicador en condiciones de control y que faciliten el uso de alertas.

El Hospital San Juan Bautista empresa social del estado, efectúa el seguimiento y reporte de los indicadores de gestión en cuanto a: El cumplimiento a la circular 0009 del 29 de abril de 2015, medición mensual de los indicadores asistenciales y de dirección contenidos en la resolución 743 de 2013; Indicadores del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de Protección Social de Colombia (Decreto 2193 de 2004); Circular conjunta 000030 de 2013 minproteccion social; Reporte de indicadores de alerta temprana (Circular 056 de 2009 de supersalud); Resolución 1552 de 2013, asignación de citas de medicina general u odontología general y medicina especializada,

POLITICAS DE OPERACIÓN: El Hospital San Juan Bautista ha construido políticas de operación por considerar que son marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación a nivel de Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y la Información y Comunicación.

Se realizó la actualización de los documentos que hacen parte de los procesos del área asistencial. Y en el área administrativa se está actualizando los procesos de gestión del recurso humano, sistemas de información y comunicación, y en la parte contable se ha identificado las necesidades de actualización del software e información en lo concerniente a la transición al marco normativo de la contabilidad pública.

Se actualizo el listado maestro de documentos y registros

COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO: Es un método lógico y sistemático de establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con los procesos de una forma que permita a la entidad minimizar perdidas y maximizar oportunidades. Debe contener los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo
- Los riesgos que se van a controlar
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.
- El seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad

IDENTIFICACION DEL RIESGO: Para el manejo del riesgo e identificación del mismo se procedió a dar aplicabilidad a la metodología y hacer uso de las herramientas técnicas que fueron suministradas por el DAFP.



Se hizo revisión del mapa de riesgos institucional con el acompañamiento de una funcionaria especialista en epidemiología, la cual es la encargada de liderar este proceso en la institución.

La Oficina de Control Interno ha venido realizando acompañamiento y asesoría a los diferentes procesos para que se realicen los ajustes necesarios de manera que el seguimiento a los riesgos sea acorde a los lineamientos del DAFP.

ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO: Para adelantar el análisis del riesgo se considera primero la calificación del riesgo a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que pueda causar la materialización del mismo, y segundo a través de la Evaluación del Riesgo que se logra comparando los resultados de la calificación del riesgo con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al mismo, considerando los riesgos como:

- Riesgos Aceptables
- Riesgos Tolerables
- Riesgos Moderados
- Riesgos Importantes
- Inaceptables

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima, para el análisis y valoración del riesgo, ha implementado una herramienta suministrada por la Dra. Olga Yaneth Aragón Sánchez, representante del Comité Interinstitucional de Control Interno “CICI”, es un aplicativo formulado y parametrizado en Microsoft Excel 2010 y consta de un libro en el cual analiza los elementos de la metodología de Administración del Riesgo del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública) contenida en la cartilla N°18 del 2011, así como en la metodología de la Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la cual establece los criterios de calificación de probabilidad e impacto y las medidas de mitigación con relación a las precitadas guías.

En el Hospital se ha tratado de mantener una cultura de reporte de riesgos, incidentes y eventos adversos; en la actualidad se han registrado en promedio 30 incidentes o eventos, conforme al listado de eventos a reportar y ficha de notificación con reporte en línea, desde el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos de la Organización Panamericana de la Salud, los cuales según el reporte el de mayor incidencia es la fuga de pacientes.

MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION: Este componente permite evidenciar la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión del hospital verificando la capacidad de cumplimiento de metas y la adopción de acciones correctivas o de mejoramiento para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En el Hospital San Juan Bautista la Autoevaluación se ha tomado como un proceso de retroalimentación de los procesos donde cada líder de proceso se reúne en comité con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas programadas por cada una de las 9 unidades funcionales establecidas en el mapa de procesos como: Urgencias, Consulta Externa, Promoción y Prevención, Hospitalización, Quirófano, Sala de Partos, Apoyo Diagnostico, Apoyo Terapéutico y la Unidad Funcional de Ambulancias, las cuales se observó que hasta el 31 de Agosto se tiene un



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

Página 5 de 7

PERIODO EVALUADO DE MAYO A AGOSTO DE 2015

cumplimiento del 61% del plan operativo anual, con una desviación negativa de 5% los cuales se espera que sean recuperados para los próximos periodos.

Se realizó autoevaluaciones a procesos misionales de acuerdo a los lineamientos de la resolución No.0002003 de 2014 del Ministerio de salud en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual.

COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA INTERNA: Proceso sistemático que ha permitido a la entidad hallar desviaciones en sus procesos y mejorar la eficacia de los mismos en el cumplimiento de las metas propuestas.

La institución se fortalece con las auditorías externas que durante el periodo de mayo a Agosto de 2015 han realizado mensualmente las empresas promotoras de servicios de salud “EPSS” como Cafesalud, y Ecoopsos, donde nos evalúan aspectos como el cumplimiento en estándares de habilitación, capacidad instalada y suficiencia de red, evaluación de calidad, sistemas de información al usuario y el seguimiento a planes de mejoramiento.

Para la realización de las auditorias se tuvieron en cuenta aspectos como:

- El cumplimiento de estándares de calidad para la prestación de servicios en salud, evaluando los indicadores que aplica y las características de calidad y alertar sobre las desviaciones y/o no conformidades de los procesos críticos de atención asistenciales y administrativos, con el fin de generar acciones correctivas y/o preventivas, siendo esta una herramienta del mejoramiento continuo dentro de los procesos.
- En cumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas para la prestación de servicios de salud, en talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia.
- Seguimiento a los sistemas de información, suficiencia de red – capacidad instalada y la ejecución de programas específicos de protección específica y detección temprana, en cuanto a: Atención al parto, recién nacido, crecimiento y desarrollo, atención al joven, adulto, salud visual, vacunación pai, salud oral, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, control del embarazo, detección temprana de cáncer, de maltrato al menor y la mujer, atención de enfermedades de interés en salud pública, vigilancia epidemiológica, referencia y contra referencia y eventos adversos y programa de seguridad del paciente y riesgos.

La eps Ecoopsos, aplica en promedio 68 encuestas mensuales para monitorear la satisfacción del usuario, la cual en el periodo de Mayo a Agosto de 2015 los resultados obtenidos fueron del 96% superaron la línea base de satisfacción del 90%.

Como resultado de las auditorias se ha determinado el incumplimiento de algunos estándares de habilitación en cuanto a infraestructura, de medicamentos y dispositivos médicos, historia clínica y registros, procesos prioritarios y seguridad del paciente y riesgos.

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE MAYO A AGOSTO DE 2015

Página 6 de 7

PLAN DE MEJORAMIENTO: Instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias necesarias para el logro de los objetivos de la institución; Los planes de mejoramiento institucional fortalecen los procesos como a los servidores y la misma institución.

El Hospital San Juan Bautista efectúa planes de mejoramiento a los procesos y sus servidores como resultado de las auditorías internas y externas y tiene definido y priorizado los procesos a mejorar, teniendo en cuenta variables como seguridad del paciente, satisfacción del usuario, sostenibilidad financiera y calidad de la atención, los cuales a 31 de agosto de 2015 se tiene establecido 140 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 45% en su ejecución, por la no operatividad de los planes de mejoramiento establecidos, como consecuencia de la iliquidez institucional y la falta de compromiso de algunos líderes de procesos.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

INFORMACION Y COMUNICACIÓN EXTERNA: Datos que provienen o son generados por usuario externo. En el Hospital San Juan Bautista, la información y comunicación externa es recibida en la entrada del Hospital en la Oficina de Información y Atención al Usuario “SIAU”, la cual es radicada y controlada a través de un libro de 200 columnas, donde se radica por consecutivo, fecha y asunto, para luego ser entregada a la dependencias correspondiente; y como mecanismo de contacto con la ciudadanía, el Hospital cuenta con la página web de cuya dirección es WWW.hospitalsanjuanbautista.gov.co, la cual se encuentra en proceso de actualización.

INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA: Datos que son generados al interior de la entidad; Su registro y/o divulgación oportuna se efectúa a través de cada dependencia y a través de la intranet, página interna denominada MIHOSPITAL y el spark.

AVANCES EN LA IMPLEMENTACION

El Hospital San Juan Bautista para la implementación del modelo estándar de control interno “MECI 2014” ha tenido en cuenta las directrices emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, a través del manual técnico, en cuanto al desarrollo del Sistema de Control Interno a través de una estructura que está compuesta por dos módulos, seis componentes, trece elementos y un eje transversal de información y comunicación, los cuales según el resultado de la encuesta de calificación se obtuvo para el año 2014 un nivel de implementación intermedio, de los cuales se espera que a 31 de Diciembre de 2015 alcance un nivel de madurez satisfactorio en cuanto a la implementación de los factores de Entorno, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento.

A 31 de Agosto de 2015, se continua con la documentación de los procesos, manuales, guías y actos administrativos necesarios para dejar plasmada la gestión documental en cuanto al módulo de control de planeación y gestión. En cuanto al módulo de control de evaluación y seguimiento se desarrollaron actividades de autoevaluación institucional en cumplimiento a indicadores y los estándares de habilitación (Resolución 2003 de 2014), auditorías y planes de mejoramiento de las desviaciones encontradas en cuanto al cumplimiento de la plataforma estratégica; y en cuanto al eje trasversal de información y comunicación se encuentra en etapa de actualización del componente físico (hardware) y el componente de información y de conocimientos (Software) de acuerdo a las necesidades de los nuevos estándares de contabilidad pública.

DIFICULTADES

En generar a los funcionarios de la Institución, una cultura de autocontrol, autogestión y



HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL
INTERNO – LEY 1474 DE 2011
PERIODO EVALUADO DE MAYO A AGOSTO DE 2015

Página 7 de 7

autorregulación de la planeación y gestión de las actividades a desarrollar para el cumplimiento de las metas trazadas.

Incumplimiento de los planes de acción y de mejoramiento por iliquidez institucional y compromiso de algunos líderes de procesos.

La inadecuada disposición del personal por el clima laboral que se encuentra afectado por el no pago de dotación, una mesada laboral y el reajuste salarial del año 2015.

En el cumplimiento de proyectos, programas y metas por la deficiencia en el flujo de recursos

Deficiencias en los mecanismos de evaluación y seguimiento para la valoración permanente de los resultados de la entidad.

Falta de disponibilidad de tiempo por parte del equipo auditor.

ARCELIA PERALTA CARDOZO
Control Interno